

Antrag auf Aufnahme als außerordentliches Mitglied im DSB e.V. *)

(Direktmitgliedschaft für Einzelpersonen)

Vorname/Name: _____ Tel.: _____

Straße: _____ Fax: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Geb.-Datum **: _____ Hörgeschädigt **: Ja Nein

** Angaben dienen zu statistischen Zwecken

Hiermit ermächtige ich den Deutschen Schwerhörigenbund e.V. widerruflich den Mitgliedsbeitrag gemäß aktueller Beitragsordnung jährlich zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift am 01.02. einzuziehen.

IBAN: _____ BIC: _____

Bankverbindung: _____

Konto-Inhaber: _____

Im ersten Jahr wird der Betrag zwei Wochen nach Eingang dieser Erklärung beim Deutschen Schwerhörigenbund e.V. abgebucht.

Ich wünsche eine Rechnung.

Diese Erklärung kann schriftlich einen Monat zum Jahresende widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Bestimmungen der Satzung des Deutschen Schwerhörigenbundes e.V. an.

Ich bin mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für vereinsinterne Zwecke einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

*) nach § 5, 1. b) der Satzung.